



FIOCRUZ
UNIDADE MATO GROSSO DO SUL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ/ UNIDADE MATO GROSSO DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

THIAGO FERNANDO DANTAS ARAUJO DE JESUS

**PROJETO BOCA SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CENTRAL NO MUNICÍPIO DE POJUCA – BA.**

**POJUCA
2013**

THIAGO FERNANDO DANTAS ARAUJO DE JESUS

**PROJETO BOCA SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL, PREVENÇÃO DE AGRAVOS E TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CENTRAL NO MUNICÍPIO DE POJUCA – BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção de certificado
de pós-graduação, do curso em Atenção Básica em
Saúde da Família à Universidade Federal do Mato
Grosso do Sul.

Orientadora: Profª. Drª. Adriane Pires Baptiston

**POJUCA
2013**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	8
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. JUSTIFICATIVA.....	11
4. METODOLOGIA	13
4.1 CAMPO DE INTERVENÇÃO	13
4.2 SUJEITO DE INTERVENÇÃO	13
4.3 PERCURSO DO PROJETO.....	13
5. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

Diversos estudos comprovam a diminuição da prevalência da doença cárie e o aumento do número de indivíduos que nunca tiveram experiência de cárie, mas, apesar dessa evolução, a doença ainda é um importante problema de saúde pública, e suas sequelas são preocupantes. Sendo assim, o autor deste projeto de intervenção, através de oficinas sobre saúde bucal, visou integrar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, transformando-a em multidisciplinar e intersetorial, contemplando ações com reflexo na futura diminuição dos índices da doença cárie na população adscrita à unidade. Além disso, a partir de uma abordagem educativa, preventiva e de tratamento odontológico da gestante, pais e/ou responsáveis pelas crianças, seguida da realização da odontologia do bebê, pré-escolares (até 5 anos) e escolares (até 12 anos) o autor registrou um aumento de cerca de 200% no atendimento às crianças de 0 a 12 anos, verificando portanto uma diminuição na resistência ao atendimento odontológico e um aumento na continuidade ao mesmo.

Palavras-chave: Cárie infantil, Processo de Trabalho, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Several studies show a decrease in the prevalence of caries and increase the number of individuals who have never had caries experience, but, despite this progress, the disease is still a major public health issue, and its consequences are worrisome. Thus, the author of this intervention project through workshops on oral health, aimed at integrating the work process of the family health team, turning it into a multidisciplinary and intersectoral, including actions in connection with their future lower rates of caries the population assigned to the unit. Moreover, from an educational approach, and preventive dental treatment for pregnant women, parents and / or guardians, then the realization of dentistry baby, preschool (up to 5 years) and children (under 12 years) author recorded an increase of about 200% in compliance with children aged 0 to 12 years, thus verifying a decrease in resistance to dental care and an increase in the same continuity.

Keywords: childhood caries, Process Work, Health Education.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é o principal agravo à saúde bucal e constitui-se em um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptada no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, consequentemente a qualidade de vida do indivíduo¹.

Apesar da diminuição da prevalência da doença cárie e do aumento do número de indivíduos que nunca tiveram experiência de cárie, a doença ainda é um importante problema de saúde pública, e as seqüelas dela decorrentes, como a perda dentária, são preocupantes. Esse fato justifica a implantação e continuidade de programas de prevenção e promoção de saúde bucal. A prevenção da cárie dentária na primeira infância requer ações amplas e multidisciplinares, visto a complexidade etiológica desta doença, isto porque a experiência de cárie dentária na dentadura decídua é um forte preditor da doença na dentadura permanente, podendo sugerir se o meio bucal estará favorável ou não ao desenvolvimento da doença durante a erupção dos primeiros dentes permanentes^{2,3}.

Diante disto, estratégias de promoção de saúde mais adequadas à realidade das crianças pré-escolares são necessárias para se obter uma redução mais significativa no índice de cárie dentária³.

As ações de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) eram anteriormente ofertadas de forma paralela ao processo de organização dos demais serviços de saúde, com baixo poder de resolubilidade, sendo incapazes de equacionar os principais problemas da população. Em 2004, por determinação do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral, com a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS, resgatando a cidadania da população brasileira⁴.

O Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico a conclusão do Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira.

Entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, estão: (a) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento e (b) centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença ⁴.

O programa Brasil Sorridente, constitui-se num marco na história das Políticas Públicas no Brasil, desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde ⁴.

Em Saúde Bucal, ao focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se, também, consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativo-mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) representa uma importante contribuição para melhoria da qualidade de vida da população brasileira. As práticas do PSF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população ².

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os principais problemas foram definidos a partir da vivência clínica do autor na USF Central. Dentre eles, estão o alto índice de cáries infantil e perda precoce das unidades dentárias. O problema priorizado para elaboração deste presente projeto de intervenção, foi selecionado de acordo com as anotações no livro de registro dos procedimentos odontológicos realizados. De cada 10 crianças atendidas, 9 tem/tiveram a doença cárie e, dessas, pelo menos 5 já perderam algum dente decíduo muito precocemente, o que acarretará em uma série de consequências para a saúde física e psicológica do paciente, além do fator estético, que pode levar a exclusão social desse indivíduo. O presente projeto de intervenção se propõe a discutir e levantar estratégias de intervenção acerca deste problema selecionado.

A alta prevalência observada da doença cárie pode ser proveniente de deficiência ou ausência dos procedimentos de higienização oral. Crianças necessitam de um cuidadoso ensino sobre a realização correta da higienização bucal, o que frequentemente é realizado com o auxílio dos pais ou responsáveis. Nessas circunstâncias, a saúde bucal das crianças é associada com a de seus pais ou responsáveis. Assim sendo, a condição de saúde bucal das crianças está diretamente relacionada aos conhecimentos odontológicos de seus familiares e, também, de seus professores, os quais podem proporcionar motivação e educação em saúde bucal ^{6,7}.

A cárie dentária é uma doença que possui uma grande quantidade de fatores que têm sido propostos para explicar o seu processo, e essa é a razão pela qual é frequentemente afirmado que esta é uma doença multifatorial, que se instala a partir da interação de variáveis resultantes de uma relação entre o biofilme, múltiplos determinantes biológicos e fatores confundidores da doença (socioeconômicos, comportamentais e nível de escolaridade). Sendo assim, a cárie dentária é um processo patológico de etiologia microbiana, que resulta na destruição localizada dos tecidos dentários e depende da alimentação, higienização e fatores genéticos ^{8,9}.

No que se refere à dentição decídua, a cárie de acometimento precoce, é considerada uma questão revestida de importância sanitária por acometer com maior gravidade as populações em desvantagens socioeconômicas e nutricionais, e também, por ser um forte preditor do incremento futuro de cárie na dentição permanente ¹⁰.

Em populações social e economicamente desfavorecidas, a prevalência de doenças passíveis de prevenção geralmente se apresenta mais elevada quando comparada com localidades mais desenvolvidas. A cárie dentária também segue esse padrão de distribuição, seja por falta de informação da população sobre os cuidados com a higiene bucal, ou por falta de acesso ao tratamento odontológico, por isso, a importância da realização de levantamentos epidemiológicos os quais oferecem informações importantes para avaliar as condições de saúde bucal e o planejamento de ações odontológicas que garantam a promoção de saúde e a intervenção precoce ^{10,11}.

Pode ser notado mundialmente o declínio da prevalência da cárie devido a fluoretação da água de abastecimento público, a adição de flúor aos dentifrícios e a descentralização do sistema de saúde ¹².

Segundo Silva (2007) o atendimento odontopediátrico apresenta grande oferta de serviços, porém é restrito a procedimentos de atenção básica, apontando baixa resolutividade dos problemas, por isso, ressaltamos a importância da maior utilização de meios de controle da cárie, destacando medidas preventivas, educativas e quando necessárias curativas, que são métodos de maior alcance populacional ¹³.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de intervenção para promoção de saúde bucal, prevenção e tratamento odontológico das crianças, contribuindo para melhor qualidade de vida dessas crianças e indiretamente, de seus pais e/ou responsáveis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Prevenir a doença cárie na infância;
- b) Sensibilizar a pais e/ou responsáveis sobre a importância da saúde bucal infantil;
- c) Contribuir para a redução dos índices de cárie e demais agravos à saúde bucal infantil.

3. JUSTIFICATIVA

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB 2010), no último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, demonstram ganhos com o novo modelo de atenção, e inseriu o Brasil no grupo dos países cuja população tem baixa incidência de cáries. Metade das crianças brasileiras com 12 anos não possui cárie, e 17,5 milhões de brasileiros passaram a ir ao dentista entre 2003 e 2008. Segundo levantamento do Ministério da Saúde, a melhora na saúde bucal do brasileiro é reflexo do Programa Brasil Sorridente e desde 2003, cresceu 30% o número de crianças sem cárie ⁴.

Segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o indicador CPO-D (sigla para dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) deve estar entre 1,2 e 2,6. Em 2003, o número médio de dentes atacados por cárie diminuiu nas crianças, o país tinha índice de 2,8, passando, atualmente, para 2,1 – uma redução de 25%. Já na idade de 12 anos, a doença cárie atingia 69% da população em 2003, diminuindo para 56% em 2010 ⁴.

A pesquisa aponta uma queda de 26% no número de cáries dentárias nas crianças de 12 anos desde 2003, idade usada como referência pela OMS, pois é nesta fase que a dentição permanente está praticamente completa. Outro dado relevante da SB Brasil 2010, é o número de crianças que nunca tiveram cárie na vida. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%, o que significa que 1,4 milhão de crianças não têm nenhum dente cariado atualmente, 30% a mais que em 2003 ⁴.

Porém, com relação à dentição decídua, houve manutenção do patamar de dentes tratados de 80% e o ataque de cárie em crianças de cinco anos onde ainda predominam os dentes-de-leite, passou de 2,8 para 2,3 dentes afetados, com redução de apenas 18% ⁴.

Em Pojuca, município onde o autor trabalha e realizou este projeto, nunca houve uma análise epidemiológica para avaliar as condições de saúde bucal da população infantil, mas segundo as anotações registradas no livro de procedimentos odontológicos realizados e os dados de prontuários odontológicos da equipe de

saúde bucal da unidade, os índices estão bem abaixo do preconizado para 2010 pela OMS, verificando alta prevalência e incidência de cárie. O diagnóstico situacional realizado pela equipe da Unidade de Saúde Central confirmou o pequeno enfoque das ações preventivas para esta faixa etária.

Pelos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), há na região adstrita pela Unidade Central, 243 crianças cadastradas na faixa etária estudada.

Pelos dados de prontuários da equipe de saúde bucal, apenas 30 crianças foram atendidas pela Unidade Básica de Saúde (USF).

Diante destes dados, é possível afirmar que tanto o território investigado quanto o município, necessitam de um plano de ação urgente, que contemple estratégias de promoção de saúde e prevenção em saúde bucal para a população de zero a doze anos de idade.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser multidisciplinar e intersetorial e contemplar ações com reflexo nos fatores determinantes e condicionantes, iniciando com a abordagem educativa da gestante, pais e/ou responsáveis pelas crianças, seguida da realização da odontologia do bebê, pré-escolares (até 5 anos) e escolares (até 12 anos) tendo como foco o cumprimento da meta da OMS para 2010 (índice ceo com 90% das crianças de cinco anos livres de cárie e CPO menor ou igual a 1 das crianças aos 12 anos).

4. METODOLOGIA

4.1 CAMPO DE INTERVENÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Central, situa-se à Rua Raulino Jorge, sem número, no município de Pojuca, Bahia. Segundo o consolidado de famílias cadastradas no ano de 2012, o valor acumulado da equipe de pessoas cadastradas na USF Central é de 1056 habitantes inseridas em 351 famílias. Pelos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), há na região adstrita pela Unidade Central, 243 crianças cadastradas. Além dessas, é válido ressaltar que há inúmeras famílias nas áreas descobertas, que também são atendidas pelos profissionais da unidade.

Pelos dados de prontuários da equipe de saúde bucal, apenas 23 crianças foram atendidas pela Unidade Básica de Saúde (USF) até o início das atividades do presente projeto de intervenção.

4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Os sujeitos da intervenção proposta pelo autor foram as crianças de 0 a 12 anos e seus respectivos pais e/ou responsáveis.

4.3 PERCURSO DO PROJETO

A falta de frequência e comprometimento, por parte das crianças, às consultas odontológicas preventivas e a descontinuidade ao tratamento tem sido muito prevalentes. Sendo assim, a perspectiva é que com uma proposta de intervenção que inclua informação e acolhimento à família haja diminuição de resistência ao tratamento odontológico entre crianças e pais e/ou responsáveis, o que, por falta de informação e preconceito tem agravado seus problemas de saúde bucal e, por consequência dificulta a criação de vínculo e co-responsabilidade entre a equipe da USF Central e a comunidade da área adstrita, o que é de suma

importância para que a equipe atinja os objetivos propostos de promoção de saúde e melhoria de qualidade de vida da população.

O projeto Boca Saudável, Vida Feliz tem como objetivo aumentar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal. Como resultado, espera-se uma população mais informada sobre a importância da saúde bucal, com conseqüente aumento do acompanhamento e tratamento odontológico. Os produtos esperados para esse projeto é a implantação de programa de saúde bucal nas creches e escolas, aumento da frequência da população, em especial as crianças de 0 a 12 anos, ao atendimento odontológico e aumento do nível de informação da população com relação à importância da saúde bucal. Posteriormente, avaliar o nível de informação da população sobre a importância dos cuidados com a higiene oral e verificar o aumento nas consultas odontológicas.

A primeira etapa do projeto foi oferecer uma oficina sobre saúde bucal para toda a equipe da unidade e para algumas gestantes e mães de crianças até 6 anos. Foram duas oficinas oferecidas em dias diferentes e com uma abordagem diferente. A oficina para a equipe da unidade foi realizada no dia 18 de Outubro de 2012 e foram utilizados recursos audiovisuais. A oficina durou cerca de 60 minutos: 40 minutos de apresentação e mais 20 minutos para o autor do projeto sanar as dúvidas da equipe. A apresentação fez um apanhado geral dos cuidados com a higiene oral desde o período gestacional, os recém-nascidos até a terceira idade, e causas e conseqüências de uma má higienização oral. Foi uma apresentação bem proveitosa, pois, até mesmo os promotores de saúde, desconheciam grande parte do conteúdo apresentado pelo autor ou, simplesmente, não davam a devida importância.

A oficina oferecida para as gestantes e mães foi realizada no dia 26 de Outubro de 2012 durando cerca de 20 minutos de apresentação e mais 10 minutos para o autor do projeto debelar as dúvidas do público. E, assim como na apresentação dada à equipe, 100% das ouvintes não sabiam da maior parte do conteúdo apresentado e também não davam a importância merecida para a cavidade oral.

Após ser oferecida a oficina para a equipe da unidade, o autor do projeto delegou a função de cada um da equipe para a execução do projeto de intervenção.

As Agentes Comunitárias de Saúde tiveram papel fundamental, pois foram elas, de maneira geral, que incentivaram e solicitaram que os usuários fizessem uso dos serviços odontológicos oferecidos na unidade. Além disso, as ACS deram as primeiras orientações sobre os cuidados com a saúde bucal e reiteraram a importância de se fazer tratamento odontológico em todas as fases da vida, principalmente na infância.

O médico e enfermeira da unidade ficaram responsáveis em orientar as gestantes e as mães das crianças, a como higienizar corretamente a boca dos bebês e das crianças. Esses profissionais são normalmente os primeiros que tem acesso ao bebê para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, podendo assim, serem os primeiros educadores em saúde bucal.

Durante todas as consultas realizadas na Unidade, a equipe salientou a importância do acompanhamento odontológico das crianças e de seus pais e/ou responsáveis para a prevenção e tratamento de agravos à saúde bucal.

É de suma importância para a efetividade do projeto a multidisciplinaridade da equipe, pois os trabalhadores das diversas áreas geralmente cristalizam, por meio da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência. Assim, aprisionam o campo do cuidado em uma atividade marcada pelo individualismo e pelo fracionamento dos atos terapêuticos. Os profissionais do serviço de saúde devem também para a saúde bucal, atuar sob uma concepção ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade, e a promoção da saúde seja o objetivo central ¹⁶.

O autor do projeto julgou pertinente e mais eficiente a avaliação e o desenvolvimento das atividades educativas de forma individualizada e personalizada devido a baixa frequência da população às consultas odontológicas. Além disso, as ACS relataram que os usuários da unidade, se sentiriam mais a vontade, sendo atendidos individualmente ou apenas com sua família, ao invés de serem expostos durante atendimentos e atividades coletivas.

A agenda do autor deste projeto, durante os meses de Novembro a Janeiro, foi destinada ao atendimento da família. A família era agendada no mesmo dia, no mesmo turno, visando que um membro estimulasse o outro a frequentar o dentista e, conseqüentemente a mudar os hábitos de higiene oral.

A primeira consulta era composta pelo exame clínico do paciente, onde o autor verificava a necessidade ou não de tratamento e, de maneira informal, indagava sobre os seus hábitos de higiene oral, qual a importância de ter uma boca saudável e o que o levou a procurar atendimento odontológico. De posse dessas respostas, o autor pôde classificar esse paciente e planejar a abordagem mais adequada para que fossem atingidos os objetivos do projeto.

Durante as consultas odontológicas, foram distribuídos kits de higiene oral. Antes de iniciar o ensinamento da técnica correta de escovação e uso do fio dental, os pacientes escovaram os dentes da maneira que eles achavam que era correta, sem nenhuma orientação prévia do autor. Após a escovação, os pacientes foram submetidos ao uso de evidenciador de placa bacteriana, para eles visualizarem a presença da placa e onde sua escovação estava insatisfatória. A partir daí, o autor do projeto adaptou a escovação e o uso do fio dental de forma que a placa bacteriana fosse completamente removida, obtendo uma higienização satisfatória.

Nas consultas das crianças, sempre era requisitada a presença dos pais e/ou responsáveis para que estes aprendessem, e posteriormente, ensinassem as crianças a maneira correta de higienizar a boca. Os pais e/ou responsáveis têm o papel fundamental na saúde oral das crianças. Eles atuam como cuidadores das crianças que ainda não desenvolveram a capacidade motora e psicológica e supervisores das crianças que já possuem a capacidade de escovar os dentes sozinhas.

Depois de findado o tratamento curativo necessário das famílias que compareceram à unidade e, para o autor, a higiene oral sendo realizada de maneira satisfatória, a família foi orientada a retornar à unidade nos meses de Janeiro a Março, para uma reavaliação e verificação da evolução dos cuidados com a higiene oral.

5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

De acordo com as anotações no livro de registro dos procedimentos odontológicos realizados, desde a inclusão do cirurgião-dentista e sua respectiva função na USF Central, em Julho de 2007, apenas 23 crianças de 0 a 12 anos haviam sido atendidas, correspondendo a 9,47% do total da atual população infantil da região. Após o início da execução do presente projeto de intervenção, foram atendidas 67 crianças de 0 a 12 anos, correspondendo a 27,57%. Havendo assim um aumento de quase 200% no atendimento odontológico para a faixa etária escolhida. Objetiva-se que, que até 2015, 100% das crianças cadastradas na unidade recebam atendimento odontológico pelo menos uma vez neste período.

A educação e prevenção são os fundamentos da filosofia da odontologia infantil. Daí advém que a educação e motivação dos pais através de conhecimentos sobre importância da boca, da dentição decídua e amamentação natural, sobre os conceitos da cárie como doença e das medidas eficazes na prevenção, sejam o caminho natural para que a criança adquira ainda na primeira infância os hábitos saudáveis em relação à saúde bucal e geral. Foi a partir da odontologia para bebês que o primeiro atendimento da criança passou dos seis anos de idade para os seis meses ou até mesmo antes com orientações aos pais e em especial às gestantes, alterando o modelo cirúrgico-restaurador para o de promoção de saúde, com a transmissão de conhecimentos de que a cárie é transmissível através do assoprar ou provar os alimentos no núcleo sócio-familiar ^{13, 14}.

Apesar do autor não ter contado com o apoio financeiro da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde, onde todo o material utilizado no projeto fora comprado pelo mesmo, o autor considera o resultado do projeto de intervenção um sucesso e com potencial de crescimento, atingindo futuramente por completo o seu objetivo: atender 100% das crianças de 0 a 12 anos da região adstrita da USF Central.

Com isso, o autor objetiva reduzir índice de cárie na infância e, conseqüentemente, nas demais faixas etárias. Para haver essa redução, será necessária ampliação na distribuição de kits de higiene oral compostos por escovas

de dente, pastas de dente e fios dentais, suficientes para a demanda da unidade.

Além disso, há a necessidade de implementação no Centro de Especialidades Odontológicas da Odontopediatria, ramo da odontologia especializada em atendimento pediátrico. Para a aquisição dos kits e para a contratação de mão de obra especializada faz-se necessário recursos políticos e financeiros.

A complexidade deste projeto requer mais do que alguns meses para que se atinja completamente o objetivo principal: erradicar a cárie na população adstrita à unidade, principalmente, nas crianças de 0 a 12 anos. Um grande problema identificado pelo autor é que sobram vagas na agenda e a demanda espontânea é muito baixa. O autor atrela esse fato à carência, baixo grau de escolaridade e, conseqüentemente financeira, e a distância entre a unidade e a residência da maioria da população.

Sendo assim, toda a equipe da unidade tem grande importância na orientação e estímulo para visitas periódicas ao consultório odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de intervenção possibilitou para a equipe da unidade o entendimento que uma equipe multidisciplinar é capaz, através de ações de saúde, de enfrentar efetivamente qualquer problema da população. A partir deste presente projeto de intervenção, a saúde bucal passou a ter uma abordagem mais resolutiva, pois foi inserida dentro da proposta de saúde integral do indivíduo, acompanhada por toda a equipe de saúde, ou seja, passando a ser responsabilidade de todos com o foco na melhoria dos indicadores. A articulação do trabalho multidisciplinar, em detrimento das ações isoladas da equipe de saúde bucal, tem condições de maior mobilização da família para a promoção da saúde geral e bucal da criança.

Além de propor mudanças do processo de trabalho da equipe da unidade, o projeto possibilitou também, a partir de ações educativo-interativas, mudança nos hábitos de higiene oral de uma parte da população, visitas mais frequentes ao consultório odontológico da unidade e, conseqüentemente, no futuro, a comprovação da diminuição no índice de cárie.

Considerando os conhecimentos e capacidades individuais dos pais e/ou responsáveis, principalmente a gestante, seguidas das ações de acompanhamento da criança, há uma grande motivação da família, transformando-a em autora/protagonista e responsável pela saúde bucal e geral, seja de forma individual ou coletiva. Sendo assim, é sabido que os pais e responsáveis são referências para as crianças, visto que elas colocam em prática o aprendizado quando o mesmo é relacionado às pessoas que são sua referência, daí a importância de motivação dos pais e/ou responsáveis sobre a importância da promoção da saúde geral e bucal dos seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Garbin AJI ; et al. Prevalência de Cárie Dentária em Pré-escolares de Escolas de Educação Infantil de Araçatuba, São Paulo. Revista Odontológica de Araçatuba, v.32, n.2, p. 28-32, Julho/Dezembro, 2011.
2. Gradella CMF, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bonecker M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 329-334, out./dez. 2007.
3. Patrício MJ. Uma Proposta de Intervenção para a Manutenção da Saúde Bucal da Criança na Estratégia de Saúde da Família. Uberaba. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto Brasil SB2010. Condições de saúde bucal da população brasileira: 2009-2010.
5. Rodrigues VP, et al. Prevalência de Cárie Dentária em Escolares de 12 Anos da Rede Pública da Região de Ouro Fino – Ribeirão Pires – SP. Revista Ceciliansa Dez 2(2): 26-28, 2010.
6. Santos MLS. Índice de Cárie Elevado em Crianças de Dois a Seis Anos: Uma Proposta de Intervenção. Conselheiro Lafaiete. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
7. Souza TA. A Abordagem Multiprofissional na Atenção à Cárie Precoce da Infância: Atuação da Equipe de Saúde da Família. . Conselheiro Lafaiete. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
8. Baelum V, Fejerskov O. Diagnóstico da Cárie Dentária: um Momento de Reflexão a Caminho da Intervenção. In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie Dentária. São Paulo: Santos; 2005. p.101- 110.
9. Cortelli SC, Cortelli JR, Prado JS, Aquino DR, Jorge AOC. Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar. Cienc Odontol Bras 2004; 7(2): 75-82.
10. Cangussu MCT, Castellanos FRA. Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de Salvador, Bahia, 2001. Rev Bras Saúde Matern Infant Recife 2004; 4(3): 287-297.

11. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Rev Odontologia e Sociedade* 1999; 1 / 2(1).
12. Arriaga ML, Peixoto MT. Condições de Saúde Bucal dos Adolescentes da Região Do Vale do São Francisco: Cárie e Acesso a Serviços Odontológicos. 1ed. Madrid: CERSA, 2008.
13. Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ciência saúde coletiva* Rio de Janeiro. 2007; 5(12).
14. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. 2004. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>. Acesso em: 25 fev 2013.
15. Magalhães AC et al. Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. *Rev. Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v.8, n.3, p.245-249, jul/set., 2009.
16. LIMA, CMG et al. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Revisões e Ensaio. Pediatria (São Paulo)* 2006; v.28. n.3, p.191-8.
17. MASSONI ACLT et al. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*, João Pessoa, v.10, n.2, p.257-264, maio/ago. 2010.